LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

SOMMAIRE

Clinique chirurgicale : De l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène en chirurgie courante, par le Dr Nogué, p. 769. — **Clinique médicale** : Dysphonie fonctionnelle au cours de la syphilis, par le Dr Chauveau, p. 773. — **Bibliographie** : Traité de médecine et de thérapeutique, p. 774. — **Revue de la presse étrangère** : Contribution au traitement de l'insuffisance du cœur graisseux, p. 775. — **Académie des sciences** : *Séance du 27 novembre* 1899. — *Présidence de M. Van Tieghem.* — Sur la matière colorante de la digitale, p. 775. — La variation négative n'est par un signe infaillible d'activité nerveuse, p. 776. — Embolies cellulaires, p. 776. — Sur un cas d'endothéliome des os, p. 777. — **Académie de médecine** : *Séance du 5 décembre.* — *Présidence de M. Panas*, p. 778. — Présence normale de l'arsenic dans l'économie, p. 778. — Prophylaxie de la ssyphilis par le traitement, p. 778. — Traitement rationnel de l'épilepsie fonctionnelle, p. 780. — Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en gynécologie, p. 780. —Du rôle de l'arthritisme dans la pharyngite granuleuse, p. 780. — **Société médicale des hôpitaux** : *Séance du 1er décembre* 1899. — Bronchite membraneuse chronique aspergilliaire primitive, p. 781. — Taches pigmentaires chez une morphinomane, p. 781. — Adéno-lipomatose systématique, p. 781. — **Société médicale du Louvre** (Ier et IIe arrondissements) : *Séance du 20 juin* 1899. — *Présidence de M. le Dr Suss*, p. 782. — Sycosis de la moustache et de la lèvre supérieure, son origine nasale, p. 782. — **Société de chirurgie** : *Séance du 6 décembre* 1899. — *Présidence de MM. Monod et Richelot*, p. 783. — De la résection de la hanche dans la coxalgie, p. 783. — Tétanos, guérison, p. 783. — Agglomération péri-appendiculaires iléo-cœcale, p. 783. — **Nouvelles**, p. 783. —**Bulletin bibliographique**, p. 784.

CLINIQUE CHIRURGICALE

—

De l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène en chirurgie courante

Par le Dr R. Nogué

Mon intention est de soumettre à votre examen un mode d'anesthésie générale, susceptible de rendre de grands services au praticien dans la chirurgie courante. Il s'agit de l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène (1).

Permettez-moi de vous rappeler en quelques mots la genèse de ce procédé.

Peu de temps après la découverte du gaz hilarant par Priestley en 1776, ses propriétés anesthésiques furent nettement entrevues par Humphry Davy, qui, vers 1799, écrivit textuellement les mots suivants :

Le protoxyde d'azote pur paraît jouir entre autres propriétés de celle d'anéantir la douleur ; on pourrait probablement l'employer avec avantage dans les opérations de chirurgie qui ne s'accompagnent pas d'une grande effusion de sang. »

La découverte de l'anesthésie chirurgicale est dans cette phrase mémorable. Elle ne fut pourtant réalisée que 45 ans après, le 11 décembre 1844, par Horace Wells, dentiste à Hartford (Connecticut). Horace Wells, assistant la veille avec sa femme à une séance de chimie vulgarisatrice faite par le Dr Colton, remarqua qu'un des sujets soumis aux inhalations de protoxyde d'azote ne paraissait pas avoir eu conscience des contusions reçues pendant une période d'excitation. Il en conclut qu'il serait possible d'appliquer ce procédé aux opérations dentaires et, moins de 24 heures après, il se soumettait lui-même à l'expérience avec un plein succès. L'anesthésie chirurgicale était découverte.

Mais le protoxyde d'azote, par suite de l'entrée en scène de l'éther et du chloroforme, fut négligé jusqu'en 1863. Et chose curieuse ce fut à l'occasion d'un nouveau passage du même Dr Colton, dans la même petite ville d'Harford, que les expériences sur le gaz hilarant furent reprises et avec un succès tel qu'en moins d'un mois trois mille individus furent anesthésiés. Le Dr Colton fonda alors à New-York l'Institut anesthésique ; du 15 juillet 1863 au 21 mai 1877, 97.423 anesthésies furent pratiquées sans un seul accident. En 1887, le Dr Colton était arrivé au chiffre de 155.000. M. Hasbrouck, de New-York, à 69.000 ; M. Thomas, de Philadelphie, à 144.000. La méthode se répand alors en Europe, surtout en Angleterre où il se pratique par an près de 4 millions d'anesthésies protoazotées.

Pourquoi cette méthode d'anesthésie quotidiennement employée des millions de fois à l'étranger, considérée par des hommes remarquables comme presque dénuée de dangers, ne s'est-elle pas répandue en France ?

Peut-être les raisons de cet ostracisme sont-elles complexes, mais à mon humble avis l'une des principales est certainement la cyanose, qui dans l'inhalation du protoxyde d'azote pur accompagne en règle générale l'anesthésie et croît avec elle.

Cette cyanose, comme l'a démontré Paul Bert, tient à un commencement d'asphyxie par privation d'oxygène. C'est en effet l'asphyxie qui est seule à craindre dans l'anesthésie protoazotée. Le cœur reste indemne.

Mais les propriétés anesthésiques du gaz pouvaient-elles être séparées des accidents asphyxiques ? N'était-ce pas l'asphyxie même qui produisait l'anesthésie ?

Certains physiologistes, Jolyet, Blanche, Duret affir-

(1) Communication faite à la Société Médicale du XIe arrondissement.

maient que ces deux phénomènes étaient inséparables, qu'on ne pouvait obtenir l'un sans l'autre.

A cela Paul Bert répondit par ses belles expériences et sa belle méthode d'anesthésie par le gaz sous pression, qui permit les opérations de longue durée sans aucun phénomène asphyxique. Cette méthode est basée sur le raisonnement suivant :

« Le fait que le protoxyde d'azote doit être administré pur signifie que la tension de ce gaz doit, pour qu'il en pénètre une quantité suffisante dans l'organisme, être égale à une atmosphère. Sous la pression normale, il faut pour l'obtenir que le gaz soit à la proportion de 100 pour 100. Mais si nous supposons le malade placé dans un appareil où la pression soit poussée à deux atmosphères, on pourra le soumettre à la pression voulue en lui faisant respirer un mélange de 50 pour 100 de protoxyde d'azote et de 50 pour 100 d'air. On devra donc obtenir de la sorte l'anesthésie, tout en maintenant dans le sang la quantité normale d'oxygène et par suite, en conservant les conditions normales de la respiration. »

Le raisonnement se trouva corroboré de point en point par l'expérience. Il fut possible de maintenir ainsi endormis des animaux pendant des journées entières. La méthode de Paul Bert fut expérimentée en chirurgie humaine sous les auspices de Péan et de M. Léon Labbé avec un plein succès.

Elle fut appliquée avec le même succès en chirurgie dentaire par le Dr Claude Martin (de Lyon).

Malheureusement l'application de cette méthode nécessitait un outillage formidable, et ce fut là pour sa vulgarisation un obstacle absolu.

Mais cet outillage coûteux et encombrant ne pouvait-on espérer le supprimer un jour ? Serait-il possible d'obtenir l'anesthésie générale en faisant respirer au patient le protoxyde d'azote et l'oxygène à la pression normale ?

Dans ses dernières communications à l'Académie des Sciences en 1883, Paul Bert avait affirmé la chose possible chez les animaux, mais il n'avait pu encore tenter d'essais semblables sur l'homme, et il pressait les chirurgiens d'entreprendre ces expériences.

Ce fut le Dr Hillischer, de Vienne, qui entreprit ces recherches, consignées dans ses publications de 1886, 1887 et 1890 et couronnées d'une complète réussite. En 1890, M. Hillischer avait appliqué cette méthode 15.000 fois dans la pratique dentaire sans un accident ; à son avis il n'existerait aucune contre-indication à ce mode d'anesthésie.

Le Dr Witzel confirma les vues du Dr Hillischer.

En Angleterre, le Dr Hewitt commença ses recherches en 1886, au « Dental Hospital » de Londres, recherches poursuivies avec la plus grande habileté et la plus grande prudence jusqu'en ces temps derniers. Ses observations lui ont permis la construction d'un appareil très pratique, permettant l'administration du protoxyde d'azote avec des proportions d'oxygène variables au gré de l'opérateur.

Cet appareil que j'ai l'honneur de vous mettre sous les yeux comprend :

1° Deux récipients en acier pour le protoxyde d'azote liquide et un récipient pour l'oxygène comprimé.

2° Deux ballons en caoutchouc, l'un pour le protoxyde et l'autre pour l'oxygène — ballons accolés l'un à l'autre afin qu'il soit facile de les maintenir pendant l'anesthésie dans un égal degré de distension.

3° De deux tubes, l'un dans l'intérieur de l'autre, conduisant respectivement l'oxygène et le protoxyde des récipients aux ballons de caoutchouc.

4° D'une chambre dans laquelle se mélangent les deux gaz en proportions déterminées par le jeu d'un régulateur,

5° Le régulateur permet de découvrir 1,2,3... 10 petits trous, et par suite laisse pénétrer dans la chambre de mélange, 1,2,3...10 parties d'oxygène. Une petite virole spéciale permet de donner un plus large accès à l'oxygène et d'obtenir 10, 12, 14, etc., et 20, 22... 30 pour 100 d'oxygène.

6° Des valves disposées de telle sorte que les produits de l'expiration pulmonaire sont rejetés au dehors.

7° Un inhalateur qui s'applique sur la face et empêche la pénétration de l'air.

Le patient peut être assis sur un fauteuil quelconque ou couché dans son lit. Si la chose est possible, mieux vaut administrer le gaz trois à quatre heures après le repas.

Une précaution indispensable est de bien s'assurer qu'il n'existe aucune sorte d'obstacle aux libres mouvements respiratoires : le col est largement desserré, le corset enlevé. Les paroles habituelles d'encouragement et de confiance sont adressées au malade. La présence d'amis peut à la rigueur être tolérée si le sujet en fait la prière ; mais comme les personnes étrangères ne peuvent être d'aucune utilité et peuvent se laisser émotionner sans raison, mieux vaut les prier de se tenir dans une pièce voisine.

Après avoir vidé les deux ballons par compression, on tourne doucement la clef du siphon d'oxygène, de façon à permettre son passage dans le ballon qui lui est réservé ; on en fait de même pour le protoxyde d'azote. La clef qui commande l'échappement des gaz se tourne très facilement avec le pied.

L'appareil est prêt à fonctionner. L'inhalateur est soigneusement appliqué sur la face du patient auquel on recommande de respirer naturellement.

Les deux ballons sont alors également distendus. Mais l'aiguille du régulateur est sur le mot « air ». Le malade respire en ce moment l'air extérieur. Quelques inspirations permettent à l'opérateur de se rendre compte du parfait fonctionnement des valves.

L'aiguille de l'indicateur est alors placée sur le chiffre 2. Le patient respire alors un mélange de 2 parties d'oxygène pour 100 de protoxyde d'azote.

L'opérateur, à l'aide du pied, permet l'arrivée dans le ballon du protoxyde d'azote de façon à maintenir les deux ballons dans un égal état de distension. La dépense d'oxygène étant minime eu égard à celle du gaz hilarant, c'est la clef de ce dernier qu'il faut manœuvrer en permanence.

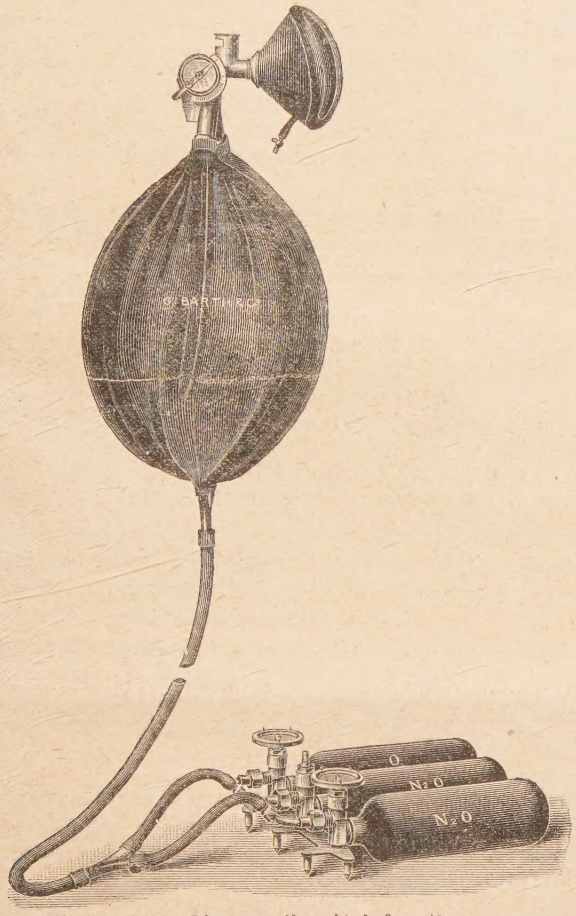

Figure I. — L'appareil prêt à fonctionner.

Dès la 3e ou 4e inspiration, l'indicateur est porté sur le chiffre 4, puis après quelques autres inspirations sur le chiffre 6, la distension des ballons étant toujours soigneusement maintenue égale. L'aspect du malade guide alors l'opérateur. Donner trop d'oxygène, c'est risquer de produire un peu d'excitation ; n'en pas donner assez, c'est risquer de voir apparaître un peu de cyanose. C'est entre ces deux extrêmes qu'il faut évoluer. La pratique seule permet d'obtenir, selon les sujets, un résultat parfait.

L'anesthésie survient au bout de deux à trois minutes. Elle se manifeste par l'abolition des réflexes conjonctival et cornéen, par la fixité du globe oculaire et par une respiration ronflante.

S'agit-il d'une opération de courte durée, on enlève le masque ; l'anesthésie absolue persiste pendant une minute environ, parfois davantage. Ceci est la règle dans les opérations dentaires, les opérations pratiquées dans la cavité buccale, les interventions sur le pharynx, le naso-pharynx et le nez. Il n'en saurait être autrement puisque l'inhalateur serait pour l'opérateur un obstacle absolu.

Mais s'il s'agit d'opérations pratiquées sur d'autres parties du corps, l'inhalation du gaz peut être prolongée et, par suite, l'anesthésie maintenue pendant un certain temps.

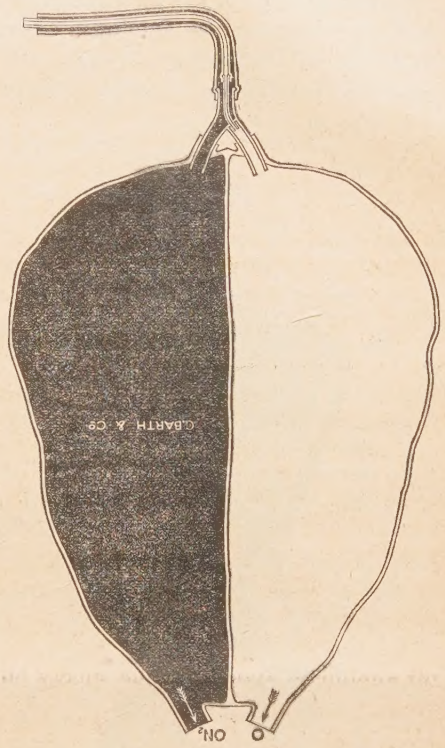

Figure II. — Coupe des tubes et des ballons de caoutchouc.

Le réveil survient, rapide et sans troubles. Chez les femmes nerveuses, parfois se manifeste un peu d'excitation qui se traduit par quelques larmes. Le patient se lève de suite et peut sans inconvénients regagner au bout de quelques minutes son domicile. Il ne ressent, après l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène, aucun des troubles parfois si pénibles qui suivent la narcose par le chloroforme ou l'éther.

Je pense qu'en dehors de la chirurgie dentaire, ce mode d'anesthésie pouvant être pratiqué avec un appareil portatif serait de nature à rendre de grands services au médecin praticien.

Dans un grand nombre de cas, en effet, il peut très avantageusement remplacer l'anesthésie par le chloroforme ou l'éther.

Déjà avec le protoxyde d'azote pur de nombreuses opérations avaient été pratiquées en 1877, dans le service de M. le professeur Duplay. On avait enlevé une tumeur sarcomateuse de la partie latérale de la jambe ; pratiqué le redressement brusque du genou ; fait la dilatation pour une atrésie du col utérin. Marion Sims, de passage à Paris, avait dans le même service opéré avec succès une tumeur fibreuse de l'utérus chez une femme de 63 ans. M. Duplay avait opéré des fistules à l'anus.

Le Dr Mallez avait pratiqué des circoncisions et de nombreuses uréthrotomies.

Personnellement, encouragé par ce que j'avais pu voir au « Dental Hospital de Londres » et au « London Hospital », anesthésies pratiquées pour des opérations dentaires, ou anesthésies par la méthode de Clover dans la chirurgie générale, j'ai pu appliquer cette méthode à la chirurgie courante. Quelques exemples pris en dehors des opérations dentaires vous montreront les services que peut rendre en clientèle l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène.

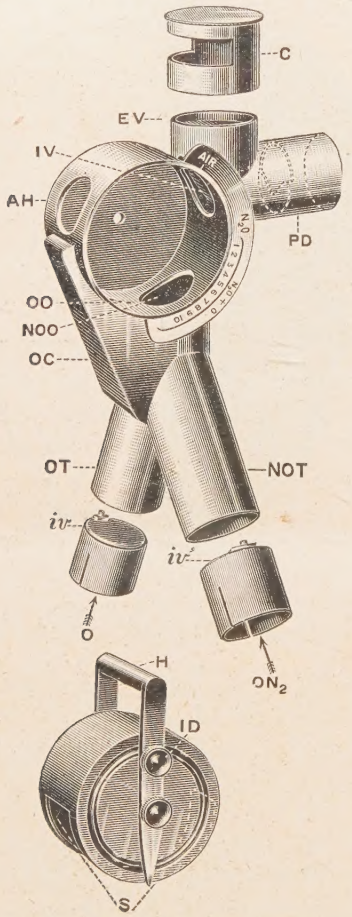

Figure III. — Régulateur et chambre de mélange des gaz.

NOT. Tube auquel s'attache le ballon de protoxyde.

NOO. Orifice de ce tube dans la chambre de mélange des gaz.

OT. Tube auquel s'attache le ballon d'oxygène.

OC. Petite chambre à oxygène dans laquelle le tube OT vient aboutir.

OO. Petits orifices situés entre la chambre à oxygène et la chambre de mélange des gaz. Il existe 10 trous, mais dans la figure, on n'en voit que 3.

iv, iv'. Valves empêchant, dans l'expiration les gaz de refluer vers les ballons de caoutchouc.

AH. Ouverture donnant accès à l'air.

IV, Valve inspiratrice.

EV. Valve expiratrice avec sa cheminée C.

PD. Diaphragme partiel servant à diriger l'air expiré sur la valve expiratrice EV.

ID. Tambour intérieur qu'on tourne à l'aide de la manivelle H et qui a une grande partie de sa circonférence taillée en rainure S. La poignée H est prolongée en pointe qui sert d'indicateur.

Sur la circonférence du régulateur et de la chambre de mélange, sont gravés les mots « Air » « N2O » et « N2O+O ». On voit également le long de la marque N2O+O, les chiffres de 1 à 10.

Quand l'indicateur est sur le mot AIR, comme sur la figure 3, la rainure S du tambour intérieur ID laisse passer l'air extérieur à travers AH et IV pendant l'inspiration. Mais comme le restant de ce même tambour couvre les orifices NOO et OO, le patient ne peut respirer autre chose que de l'air. Quand l'indicateur est porté sur N2O, le tambour ferme AH et ouvre NOO, l'orifice de l'oxygène restant toujours fermé. Le patient respire alors du protoxyde d'azote pur. Quand l'indicateur est porté sur le chiffre 1, l'orifice du protoxyde reste toujours ouvert, mais en outre l'orifice de l'oxygène est découvert par cette révolution du tambour. Quand on passe au chiffre 2, deux orifices d'oxygène sont découverts et ainsi de suite jusqu'à 10, l'orifice du protoxyde restant toujours ouvert.

Un dispositif récent du Dr Hewitt permet, à l'aide d'un petit robinet, l'ouverture de 2 trous spéciaux, chacun ayant le même calibre que l'ensemble des 10 petits trous. Le petit robinet porte les deux chiffres 10 et 20. Ouvre-t-on l'un de ces trous en tournant le robinet sur le chiffre 10, on peut obtenir en y ajoutant la manœuvre du régulateur ordinaire les pourcentages de 10, 11, 12, 13 etc., pour 100 d'oxygène ou si on met le robinet sur le chiffre 20 en agissant de même les pourcentages d'oxygène de 20, 21, 22, 23... 30 pour 100.

Panaris profond du petit doigt. — I. M. Bris..., 48 ans, après avoir souffert d'une série d'anthrax très douloureux et d'un phlegmon du bras est atteint d'un panaris du petit doigt de la main droite, panaris ayant évolué en cinq à six jours avec des douleurs excessives, une insomnie persistante dont l'état général s'est fortement ressenti. Le malade réclame l'anesthésie générale qui paraît parfaitement légitime devant la nécessité d'une large ouverture du doigt.

Le malade est anesthésié par la méthode décrite. Il est possible de faire sur la face dorsale du petit doigt une incision profonde comprenant la longueur totale de l'organe. Le patient ne fait pas un mouvement de retrait. Le réveil survient, naturel et rapide. L'anesthésie a été absolue.

II. — **Phlegmon du genou droit.** — Mme de V....., rue des Boulets, soignée par le Dr Cart, est atteinte d'un phlegmon péri-rotulien qui nécessite une ouverture rapide. La malade est anesthésiée à domicile, dans son lit. Le sommeil survient sans la moindre excitation, quoique la malade se déclare extrêmement nerveuse et doute qu'il soit possible de l'endormir. Il ne se manifeste aucune cyanose. L'aiguille du régulateur est portée au chiffre 6, qui correspond à 6 pour 100 d'oxygène. Dès que le réflexe cornéen est aboli, le Dr Cart ouvre largement le foyer purulent à l'aide du thermocautère. La malade ne fait aucun mouvement réflexe.

L'anesthésie est absolue, ainsi que le déclare d'ailleurs la malade qui se réveille d'une façon tout à fait naturelle et cause immédiatement. Anesthésie, opération, réveil, le tout a été l'affaire de 10 minutes.

III. — **Phlegmon de la jambe gauche.** — L'enfant Don..., pass. G. Lepeu, âgée de 7 ans, convalescente d'une fièvre typhoïde, est atteinte d'un phlegmon volumineux de la jambe. Elle a déjà été soumise à l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène pour des extractions dentaires, à l'occasion d'une périostite du maxillaire, menaçant de déterminer des nécroses. L'opération est pratiquée à domicile par le Dr Cart qui incise largement le phlegmon au thermo-cautère sans que l'enfant manifeste la moindre douleur. Réveil parfait. L'enfant, qui s'était assez fortement débattue au début de l'anesthésie, voyant qu'on ne s'occupe plus d'elle, ne se plaint même pas; là encore, l'anesthésie, l'opération et le réveil n'ont pas pris plus de dix minutes.

IV. — **Abcès du menton.** — Il s'agit d'une dame extrêmement pusillanime, atteinte d'un volumineux abcès du menton consécutif à de la pyorrhée alvéolo-dentaire des incisives inférieures. La malade fut anesthésiée chez elle avec le concours aimable de son médecin le Dr Herck, vers quatre heures de l'après-midi. Le sommeil survint rapidement sans période d'excitation. L'abcès fut largement ouvert, drainé avec un drain de caoutchouc et trois des incisives atteintes de pyorrhée furent extraites. Le réveil survint sans aucun trouble. La malade déclara n'avoir éprouvé aucune douleur.

V. — **Anthrax de la nuque.** — Le malade est un homme, âgé de 40 ans, auquel le Dr Lazard va inciser profondément un anthrax de la nuque. L'anesthésie fut pratiquée vers 11 h. 1/2, à domicile. Le malade assis sur une chaise, la tête appuyée sur le dossier. Le patient manifeste une agitation légère, mais qui n'empêche pas l'anesthésie de se produire, suffisante pour que M. Lazard puisse, avec le couteau du thermocautère, profondément inciser l'anthrax et que le malade revenu à lui déclare n'avoir perçu autre chose qu'un bruit semblable au « grésillement de sa cigarette ».

VI. — **Abcès de la joue.** — Mme Ch..., 38 ans, est atteinte d'un abcès de la joue consécutif à une arthrite alvéolo-dentaire, abcès excessivement douloureux et nettement fluctuant à l'extérieur. L'anesthésie fut pratiquée à domicile vers 8 heures du matin, la malade assise sur une chaise, la tête appuyée sur son lit. En raison de la situation de l'abcès, il est difficile d'exactement appliquer l'inhalateur sur la face. Malgré cela, le sommeil survient sans excitation mais avec des gémissements. Au moment de l'incision au bistouri, le malade ne fait aucun mouvement réflexe. L'anesthésie a été absolue, sans cyanose. Le réveil survient sans aucun trouble.

VII. — **Lymphangite phlegmoneuse de la main droite. — Incision au thermocautère.** — M. C. âgé de 60 ans, est atteint d'accidents infectieux de la main droite, assez intenses pour faire craindre un phlegmon. Le Dr Cart me prie de pratiquer l'anesthésie, afin de faire de larges incisions au thermocautère. L'opération fut faite vers 5 heures du soir. L'anesthésie fut obtenue après une période d'excitation légère. Une incision profonde de plusieurs centimètres de longueur fut pratiquée sans manifestation réflexe. Il n'y eut pas de cyanose. Le réveil survint rapide et sans trouble d'aucune sorte. Le malade déclara n'avoir éprouvé aucune douleur.

VIII. — **Tumeur blanche du poignet. — Injections de chlorure de zinc.** — Homme de 23 ans, malade dans le service de chirurgie du Dr Remy à l'infirmerie de la maison départementale de Nanterre. Les piqûres nécessaires pour introduire dans la tumeur le chlorure de zinc étant excessivement douloureuses, je pratique l'anesthésie qui réussit rapidement. Une dizaine de piqûres sont faites. Le réveil survient sans troubles d'aucune sorte. Le malade déclare n'avoir rien senti et préfère infiniment ce mode d'anesthésie à l'anesthésie par le chloroforme, dont il a gardé un très mauvais souvenir.

IX. — **Ostéite du tibia. — Grattage. — Anesthésie prolongée pendant 8 minutes.** — Malade de 58 ans, atteint d'ostéite suppurée du tibia droit, service du Dr Remy. L'anesthésie survient d'une façon rapide et normale sans cyanose. Quand la respiration est devenue ronflante et que le réflexe cornéen a disparu, le chirurgien opère avec la curette, puis avec la gouge et le maillet. La proportion d'oxygène nécessaire pour obtenir l'anesthésie sans cyanose était de 6 p. 100. Quand l'anesthésie est parfaite, l'aiguille de l'indicateur est portée sur le chiffre 10 et maintenue en ce point qui équivaut à 10 par 100 d'oxygène. La découverte d'un nouveau foyer méconnu d'ostéite, prolonge l'opération. L'anesthésie est maintenue pendant huit minutes. Le réveil survient sans vomissements ni autre accident.

Ces quelques observations montrent à quelle variété d'interventions peut être appliquée l'anesthésie par le protoxyde d'azote et l'oxygène. Il paraît tout naturel de penser qu'on pourrait couramment y avoir recours par les opérations suivantes : ongle incarné, sutures de plaies douloureuses, perforation du tympan dans les otites suppurées, ouverture des abcès si douloureux du conduit auditif, extraction de corps étrangers des narines, des polypes de volume moyen, abrasion des végétations adénoïdes, amygdalotomies, uréthrotomies internes, etc.

J'espère avoir démontré que, dans la pratique courante, nombreuses sont les indications de ce mode d'anesthésie, le moins dangereux de tous, considéré même par des esprits éminents comme tout à fait inoffensif, surtout depuis qu'il est possible, grâce à l'oxygène, d'empêcher les accidents asphyxiques, tout en maintenant le sujet dans la narcose absolue.

CLINIQUE MÉDICALE

Dysphonie fonctionnelle au cours de la syphilis.

Par le Dr C. CHAUVEAU

Il ne s'agit évidemment pas ici des paralysies laryngées d'origine syphilitique signalées d'abord par Diday (1860) et Libermann (1874), puis bien étudiées par Poyet (1876), Morell-Mackensie, Massei, Coupart et Mauriac, Moure... et qui, à l'heure actuelle, sont regardées comme les plus fréquentes après celles dues aux ectasies aortiques. A côté de ces déterminations motrices graves, pouvant atteindre divers muscles

laryngés, mais principalement le crico-aryténoïdien postérieur, le gauche surtout, déterminations dans lesquelles les paralysies très accusées amènent des troubles non seulement vocaux, mais respiratoires parfois menaçants et d'une ténacité remarquable, nous avons noté des perturbations qui nous semblent purement fonctionnelles et dont les relations avec la syphilis paraissent avoir échappé jusqu'ici aux observateurs.

Le fait suivant m'avait plusieurs fois frappé. Divers chanteurs dont le larynx ne présentait aucune lésion anatomique appréciable et dont l'impotence fonctionnelle s'expliquait par un rapprochement imparfait, incomplet des cordes vocales, ne subissaient en rien l'influence bienfaisante du repos prolongé et des traitements ordinaires. Mais dès qu'on tenait compte de ce commémoratif, parfois lointain et difficile à retrouver, la syphilis, les symptômes morbides disparaissent comme par enchantement.

J'en ai observé récemment un cas qui résume bien mes impressions et mérite, à mon sens, d'être publié.

Artiste lyrique, 39 ans. Bonne santé antérieure, sauf un érysipèle à 15 ans. Syphilis à 22 ans, débutant par un chancre de l'agmydale diagnostiqué par Mauriac médication spécifique d'une durée insuffisante. Il y a quatre ans, syphilide tertiaire au coude, qui a nécessité un traitement de trois semaines. Deux ans après, récidive, accompagnée de raucité de la voix dont la cause n'a pas été déterminée au laryngoscope. Des injections sous-cutanées hydrargyriques amenèrent la disparition de tous les accidents.

Le malade est venu me voir, il y a sept semaines. Quand il commençait à chanter (et cela durant un ou deux couplets de chanson), ou bien quand il chantonnait à voix basse, sa voix ne présentait rien d'anormal. Mais s'il continuait, au bout d'un instant, il fatiguait considérablement ; des picotements le prenaient à la gorge et il était obligé de quitter la scène. Dans la conversation, il ne semblait pas sensiblement enroué.

A l'éclairage, pas de lésions anatomiques appréciables ni au pharynx, ni au larynx. Mais la corde vocale droite se tendait mal, comme en retard dans son jeu. La ligne de contact des deux cordes n'était pas parfaite dans toute son étendue ; un vide existait à l'union du tiers antérieur et du tiers moyen et aussi au niveau de la glotte intercartilagineuse ; comme s'il y avait insuffisance d'action du thyro-aryténoïdien et de l'ary-aryténoïdien. La corde vocale droite paraissait presque dans un plan inférieur.

J'essayai en vain les médications habituelles locales et générales, aidées d'un repos absolu de l'organe.

Je me décidai donc encore à tenir compte de cette syphilis qu'il m'affirmait cependant avoir été suffisamment soignée par un éminent syphiliographe. Je le fis d'autant plus volontiers que, recherchant des traces de cette infection, je constatai que le foie présentait des altérations caractéristiques (hypertrophie, bosselures)...

Quatre injections mercurielles furent faites à huit jours d'intervalle. Dès le cinquième ou le sixième jour qui suivit la première, l'amélioration vocale commença et quand je revis le malade au bout de la première quinzaine, tout était rentré dans l'ordre, quant à la puissance et à l'endurance de l'organe ; peut-être persistait-il un manque de souplesse. Maintenant, le malade a recouvré tous ses moyens et l'on ne remarque plus rien d'anormal dans le larynx.

Détail à noter : le sujet était autrefois un ténor léger. Il y a six ans, il perdit peu à peu ses notes élevées, devint baryton et dut changer son répertoire. Or, à l'heure actuelle, il a constaté qu'il peut à nouveau facilement émettre les sons aigus d'autrefois.

Des troubles semblables du côté des membres — mais à une période récente de la syphilis — ont été signalés depuis longtemps par Fournier. Il a même étudié cette perte de la force musculaire au dynamomètre.

On trouve, d'autre part, comme chacun sait, des perturbations analogues de la motilité au cours des maladies infectieuses telles que la diphtérie, l'influenza... Dans ces maladies, il semble bien qu'il s'agisse d'un empoisonnement par les toxines, portant sur un point déterminé (muscles, nerfs ou centres nerveux). S'agit-il ici d'un processus semblable ? C'est ce qu'il est impossible d'affirmer actuellement.

Il était, en tout cas, intéressant de noter ces troubles moteurs laryngés, non encore signalés à notre connaissance du moins.

BIBLIOGRAPHIE

Traité de médecine et de thérapeutique, publié sous la direction de MM. P. Brouardel et A. Gilbert, tome VI (Paris, J.-B. Baillière et fils 1899).

Le tome VI du traité de médecine de MM. Brouardel et Gilbert, qui vient de paraître, est consacré aux maladies du cœur, des artères, de l'aorte, des veines, du système lymphatique et du sang.

Les maladies du cœur ont été étudiées par le Dr P. Merklen. Après un important chapitre de sémiologie, où il ne néglige même pas la phonendoscopie et la radiographie, bien que ces moyens soient encore loin d'être pratiques, le Dr Merklen étudie la pathologie spéciale du cœur et termine par les complications des maladies du cœur.

MM. A. Royer et Gouget ont étudié les maladies des artères, sauf les maladies de l'aorte qui ont été réservées à M. E. Boinet.

MM. F. Widal et F. Bezançon ont traité des maladies des urines, M. F. Bezançon des maladies du système lymphatique. Nous devons noter en particulier, pour ces dernières, les pages consacrées au rôle du système lymphatique dans les maladies infectieuses aiguës ou chroniques et dans les néoplasmes.

Enfin à M. E. Parmentier est échu l'important chapitre des maladies du sang.

Le nom des auteurs, leur compétence toute spéciale pour les sujets qu'ils ont eu à traiter, nous dispensent d'entrer dans le détail de l'analyse. Qu'il nous suffise donc de dire que ce volume nous paraît excellent et sera certainement très bien accueilli par le corps médical.

Dr E. Deschamps.

REVUE DE LA PRESSE ÉTRANGÈRE

Contribution au traitement de l'insuffisance du cœur graisseux. H. Kisch (*D. med. Zeit.*, n° 86). — Le but de la thérapeutique dans l'obésité est d'arrêter les progrès de l'accumulation de la graisse, de décharger le cœur de la surcharge graisseuse d'une façon progressive, de relever et d'accroître l'énergie cardiaque. Dans cette direction, on réussit souvent, lorsque la surcharge graisseuse est modérée, à rétablir à peu près complètement le cœur dans son état normal par un traitement hygiénique et diététique bien conduit; on peut en tout cas arriver à rendre au cœur son énergie et à conjurer certains accidents menaçants. L'alimentation doit d'abord s'accommoder à chaque cas particulier. La règle la plus importante sous ce rapport doit être d'éviter tout excès alimentaire et de réduire la quantité d'aliments le plus possible, tout en restant dans les limites nécessaires au maintien de l'équilibre nutritif. Au point de vue qualitatif, les aliments azotés doivent être en quantité suffisante, et il faut réduire au minimum les aliments gras, en ne permettant que de faibles quantités d'hydrate de carbone.

C'est ainsi que dans la forme pléthorique de l'obésité, Kisch indique une ration quotidienne de 160 gr. d'albumine, 80 gr. d'hydrate de carbone et 11 gr. de graisse ; dans la forme anémique 200 gr. d'albumine, 100 gr. d'hydrates de carbone et 12 gr. de graisse ; on doit restreindre les boissons seulement chez les obèses anémiques et dans les cas de dégénérescence avancée du myocarde, mais non lorsque la surcharge graisseuse coïncide avec un état normal du sang et que l'insuffisance cardiaque est faible.

Lorsque l'obésité est considérable, on doit associer à la réglementation alimentaire des exercices physiques systématiques pour relever la fonction cardiaque. Les obèses pléthoriques peuvent, à côté d'exercices actifs de gymnastique, faire des promenades en plaine d'abord, puis des promenades en montée, afin d'exercer tout le système musculaire et habituer peu à peu le cœur à augmenter son travail, à condition que cet organe ait conservé un degré suffisant d'activité.

Chez les obèses anémiques qui présentent déjà des signes de dégénérescence du myocarde, on prescrira des exercices musculaires assis ou debout, la gymnastique passive et le massage qui excitent le cœur à une contraction plus vigoureuse, sans augmenter la résistance par un plus grand travail.

Un moyen précieux pour agir sur l'énergie de la fonction cardiaque consiste à utiliser différents bains, surtout les bains naturels ou artificiels riches en acide carbonique ou en sels. L'excitation cutanée produite par ces bains détermine une action réflexe qui se traduit par le ralentissement et le renforcement du pouls, la régularisation du cœur et l'amélioration de la nutrition du myocarde.

Outre ces moyens généraux, quelques symptômes de l'insuffisance du cœur graisseux exigent un traitement particulier. Les premiers phénomènes qui indiquent la difficulté du travail du cœur par suite de la surcharge graisseuse sont des phénomènes de stase dans le territoire vasculaire de l'abdomen, qui se traduisent par la pléthore abdominale.

Contre les troubles circulatoires et leurs conséquences, mauvaises digestions, constipation, stase hépatique, hémorrhoïdes, il faut employer de temps à autre les purgatifs. Les eaux magnésiennes sont indiquées dans les cas de constipation persistante; il en est de même de la rhubarbe et de l'aloès. Il est important de chercher à régler les selles par des moyens diététiques. La quantité des aliments doit être proportionnée aux capacités digestives, et l'on doit surtout éviter l'excès. Au point de vue de la qualité, on proscrira tous les aliments qui exigent une longue digestion, laissent beaucoup de résidus et amènent un fort développement de gaz dans l'estomac ou dans l'intestin ; il en est ainsi des légumineuses, des aliments grossiers, des viandes dures, des pommes de terre, de certaines sortes de fruits comme les nèfles, les châtaignes, etc. Le vin rouge et les bières fortes sont nuisibles.

Lorsque avec les progrès de la surcharge graisseuse le cœur présente des signes d'asthénie, on peut prescrire la digitale pendant quelque temps en surveillant le cœur. On peut l'associer à des amers, comme la petite centaurée et à d'autres médicaments cardiaques, comme la teinture de strophantus, de convallaria.

Dans les accès aigus d'asthme cardiaque il faut surtout combattre la fatigue du myocarde par des stimulants, de manière à écarter le danger du moment. Les alcooliques et l'éther sont les principaux moyens qui doivent être soutenus par des excitations externes mécaniques, thermiques et chimiques. Par contre, il faut éviter les narcotiques et la digitale dans les accès asthmatiques.

L. J.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 27 novembre. — Présidence de M. Van Tieghem.

Sur la matière colorante de la digitale. — MM. Adrian et A. Trillat.

La variation négative n'est pas un signe infaillible

d'activité nerveuse. — M. A. Herzen. On sait que l'activité d'un nerf est accompagnée de négativité électrique ; on ne connaît aucune exception à cette règle et l'on est, par conséquent, autorisé à admettre que, toutes les fois qu'un nerf devient actif, il devient en même temps électro-négatif. Mais on admet comme allant de soi que l'*inverse* est également vrai, c'est-à-dire que *toute variation négative* éveillée dans un nerf par une irritation, fût-elle fonctionnellement inefficace, est *nécessairement accompagnée d'activité physiologique de ce nerf*. Or, non seulement cette présomption ne repose sur aucun fait connu, mais un certain nombre de faits indiquent que la variation négative peut avoir lieu dans un nerf encore excitable, *sans qu'il devienne actif*. J'ai signalé ces faits en 1898 (dans l'*Intermédiaire des Biologistes*). Cependant, comme ils se rapportent à des nerfs et à des organes terminaux plus ou moins altérés, je me suis attaché à trouver le moyen de produire la variation négative dans des nerfs *normaux* aboutissant à des organes périphériques *intacts*, sans activité physiologique.

On connaît depuis longtemps un certain nombre de substances qui ont, sur les nerfs avec lesquels on les met directement en contact, une action très particulière : le trajet du nerf soumis à leur influence *perd peu à peu son excitabilité locale*, sans que sa conductibilité subisse une diminution appréciable ; dans ces conditions, le trajet nerveux modifié transmet parfaitement les impulsions centripètes et centrifuges qui lui arrivent de la partie périphérique ou de la partie centrale du nerf, mais il est totalement incapable de transformer lui-même en activité fonctionnelle les irritations que l'on fait agir directement sur lui ; elles ne produisent aucun effet physiologique, ni sensitif, ni moteur.

Il était tout indiqué de faire quelques expériences sur des nerfs placés dans ces conditions, afin de voir si l'irritation du trajet inexcitable, bien qu'elle ne fournisse aucun effet fonctionnel, produit néanmoins une variation négative dans les parties normales du nerf situées près du centre ou plus près du muscle.

Quelques essais préliminaires nous montrèrent, à M. Radzikowski, mon assistant, et à moi, que la cocaïne et le chloral étaient, dans ce but, préférables à d'autres substances, et nous eûmes à plusieurs reprises *de bonnes variations négatives dans les parties normales du nerf* en irritant sa partie inexcitable. M. Radzikowski a en outre trouvé que la substance qui agit le mieux est la *chloralose*. Son action est plus lente, mais plus constante.

Il se pourrait que nos constatations entraînassent des conséquences d'une grande portée ; elles semblent inconciliables avec les théories dominantes concernant la nature intime de l'activité nerveuse. En effet, dans l'expérience sur un nerf rendu localement inexcitable, la variation négative naît *seule* dans la partie modifiée du nerf et se propage *seule* dans ses parties normales ; elle n'est donc ni *l'effet* nécessaire, ni la *cause* nécessaire de l'activité fonctionnelle, qui serait quelque chose d'autre et quelque chose de plus que le phénomène électrique qui l'accompagne habituellement. Néanmoins, la conciliation est possible, à la condition qu'il soit expérimentalement démontré qu'il s'agit de *deux formes* différentes de variation négative, l'une brusque et rapide, physiologiquement efficace, et l'autre graduelle et lente, physiologiquement inefficace. Le galvanomètre à lui seul est impuissant à révéler cette différence. Il appartient à des recherches ultérieures d'établir si elle existe et, selon le résultat auquel elles aboutiront, les théories actuelles pourront être maintenues dans leur intégrité ou devront être modifiées.

Embolies cellulaires. — MM. Charrin et Levaditi (1). Nous venons d'observer des faits qui permettent d'établir que le courant sanguin peut transporter des cellules constitutives des différents organes de l'économie.

Dans un premier cas, il s'agit d'une femme qui a succombé aux atteintes d'une fièvre typhoïde grave contractée au terme d'une grossesse. — En dehors des lésions caractéristiques de l'intestin, nous avons constaté une dégénérescence profonde du foie et du myocarde, organes décolorés, mous, dépressibles. Mais nous avons surtout été frappés par l'existence, dans quelques capillaires, d'éléments figurés ; ces éléments, découverts dans les vaisseaux hépatiques comme dans ceux du cœur, du rein ou du poumon, nous ont paru constitués par des débris de cellules provenant, pour une part, de la glande biliaire. De plus, dans les artérioles cardiaques et pulmonaires, nous avons décelé, d'une façon indiscutable, des fragments de muscles striés à noyau central, autrement dit, en raison de ces caractères, des fragments myocardiques ; dans une de ces artérioles cardiaques on a reconnu deux de ces fragments entourés de globules rouges mélangés à des gouttelettes graisseuses. Dans une veinule du poumon, on a rencontré une de ces cellules musculaires du myocarde parfaitement conservée, placée près de la paroi et entourée de nombreuses hématies.

Dans un second cas, nous venons de découvrir, dans des capillaires du foie, des éléments anatomiques soit de cet organe, soit du revêtement des canaux biliaires : ce foie a été recueilli chez un lapin mort des lésions que provoque la pancréatine en circulation. — Un des capillaires des espaces portes contient sept de ces éléments anatomiques hépatiques, dont l'un présente deux noyaux ; ce capillaire renferme, en outre, quatre cellules épithéliales provenant de la membrane interne des voies de la bile, et tout autour des globules rouges très pâles, mêlés à d'abondants leucocytes.

En présence de ces constatations, la première idée qui vient à l'esprit, c'est que, par suite d'un singulier hasard, ces éléments ont pu être placés dans ces vaisseaux par les mouvements du rasoir qui a servi à pratiquer les coupes. Toutefois, comme ces embolies cellulaires existent dans un assez grand nombre d'artérioles ou de veinules, il faudrait admettre la répétition de cette cause d'erreur, et, si sa fréquence est telle, on ne conçoit pas comment des faits de cette nature n'ont pas depuis longtemps et fréquemment été signalés, d'autant plus qu'on retrouve ces embolies dans des plans successifs d'un même conduit sanguin ; d'ailleurs, comment concilier cette interprétation avec l'existence des fragments musculaires myocardiques dans des capillaires pulmonaires, attendu que, de telles fibres musculaires n'entrant pas dans la structure du poumon, on ne peut pourtant pas soutenir que ce rasoir, en coupant, a détaché et transporté quelques-unes de ces fibres?

On ne saurait prétendre davantage que ces cellules en suspension dans les liquides conservateurs ou les réactifs colorants se sont fixés sur ces pièces ; d'une part, en effet, en examinant ces liquides, on retrouverait tout au moins

(1) Travail du laboratoire de Médecine expérimentale de l'École des Hautes Etudes.

un petit nombre de ces corps ; d'autre part, dans ces conditions, on les décèlerait uniquement à la surface et non dans l'épaisseur des parcelles d'organes recueillies sur l'animal, dans des coupes successives ; enfin, sur une de ces coupes prises isolément, un fort grossissement ne permettrait pas de reconnaître que ces divers éléments sont au même niveau et nullement superposés, tandis qu'un dépôt superficiel entraînerait forcément cette superposition.

Si la réalité de ces embolies est indiscutable, il n'est pas aisé de préciser le mécanisme de leur formation et surtout de leur pénétration intra-vasculaire.

A la vérité, dans le foie de l'animal tué par la pancréatine, à côté de territoires relativement sains, on aperçoit des foyers constitués par des cellules hépatiques dissociées, isolées, flottant pour ainsi dire librement, faciles, par conséquent, à déplacer puisqu'elles ne sont plus disposées et fixées en travées régulièrement ordonnées ; de plus, dans quelques-uns de ces foyers existent des globules rouges sortis des canaux artériels ou veineux. Peut-être s'est-il produit là une de ces hémorragies qu'engendrent assez souvent les toxines ou les diastases. Peut-être cette hémorragie, en rompant le capillaire, a-t-elle pratiqué, dans la paroi, une brèche capable de laisser ces cellules devenues libres s'introduire dans la circulation ; peut-être aussi, résorbés en quelque sorte dans les espaces lymphatiques, ces éléments sont-ils ensuite conduits par la lymphe dans les vaisseaux sanguins. Tout en penchant pour la première de ces hypothèses, nous manquons de données suffisantes pour trancher définitivement la question.

Un point paraît acquis, c'est que ces transports n'ont dû se faire que dans les derniers moments de la vie. Quand, en effet, on injecte dans une veine des cellules du foie, du rein, etc., on les voit en général disparaître promptement. Maximow, après avoir malaxé un placenta, a réussi à retrouver dans les viscères des débris détachés de ce placenta (1) ; Klebs (2), Schmorl (3), Lubarsch (4) avaient, du reste, indiqué, dans certains capillaires, la présence d'éléments le plus ordinairement dérivés de la moelle osseuse, sans jamais signaler de fibres musculaires.

Néanmoins, on conçoit à quel point ces résultats sont suggestifs ; en dépit de cette rapide disparition des parcelles de viscères expérimentalement introduites dans le sang, on entrevoit toute une série de déductions relatives à la greffe ou au transport des cellules bactériennes, cancéreuses ou autres. Des perfectionnements techniques ou des recherches plus heureuses permettront sans doute un jour de constater la fixation, suivie d'évolution, de ces éléments anatomiques d'organes ; dès lors, les chercheurs pourront, avec plus de facilité comme aussi avec plus de précision, étudier une foule de questions, même en dehors de celles qui touchent aux généralisations néoplasiques.

Sur un cas d'endothéliome des os. — M. Paul Berger. Les endothéliomes des os paraissent avoir été d'abord confondus avec les carcinomes primitifs des os dont ils se rapprochent par quelques-uns de leurs caractères histologiques et par leur évolution chimique.

Ce n'est qu'à partir des travaux d'Hildebrand et de Rudolph Volkmann que l'origine conjonctive de ces tumeurs a été mise hors de doute et qu'elles ont constitué un groupe distinct des autres variétés de sarcomes par leur structure et la nature de leurs éléments.

Nous ne connaissons que deux observations appartenant à cette sorte de tumeurs qui aient été publiées en France ; elles sont dues à MM. Poncet et Dor (de Lyon), et à M. Gross (de Nancy). Le fait dont nous donnons le résumé et dont l'étude anatomique détaillée a été faite par M. le Dr Fernand Besançon, chef du laboratoire de chimie à la Faculté de médecine, précise les notions que nous possédons sur les caractères microscopiques et sur les relations originelles de ces tumeurs et permet d'indiquer quelques-uns des signes chimiques qui pourront servir à en faire reconnaître l'existence.

Une femme de 54 ans, après quelques mois de douleurs vives dans le membre supérieur gauche, présente une fracture spontanée au tiers supérieur de l'humérus ; bientôt apparaît en ce point une tumeur pulsatile qui nécessite la désarticulation de l'épaule. A peine la malade est-elle guérie qu'on voit se développer une nouvelle tumeur pulsatile au niveau de la région frontale gauche et qu'une autre tumeur, également pulsatile, se montre à la région trochantérienne gauche qui, même avant l'apparition de la première tumeur, avait été le siège de quelques douleurs.

Cette tumeur détermine bientôt la production d'une fracture spontanée du fémur. Des hématuries, des hémoptysies indiquent la généralisation de la néoplasie et l'invasion de la cachexie terminale.

Examen de la tumeur. — La tumeur a complètement détruit le tiers supérieur de la diaphyse humérale sans envahir la tête humérale, les muscles qui s'y insèrent et l'articulation scapulo-humérale ; elle est limitée par une capsule conjonctive du côté des parties molles, mais elle pénètre dans les espaces médullaires de l'os malade. Sa coupe est parfaitement homogène.

L'examen histologique, pratiqué par M. Besançon, y démontre les caractères suivants : la tumeur est exclusivement constituée par des alvéoles remplis de cellules ; ces alvéoles ne ressemblent que grossièrement aux alvéoles des cancers. Les cloisons qui les séparent sont formées par des capillaires sanguins du plus petit calibre qui délimitent des mailles remplies par les formations cellulaires. Celles-ci reposent directement sur la paroi des capillaires sans interposition de tissu conjonctif ; tantôt elles remplissent tout l'alvéole, tantôt elles laissent à son centre un espace clair dépourvu de cellules.

Les cellules ont de 15 à 20 μ de diamètre, elles sont cylindriques ou polyédriques, parfois renflées à leur extrémité ; elles sont constituées par un protoplasma clair ne fixant ni les couleurs acides (éosine), ni les couleurs basiques d'aniline (thionine) ; elles possèdent un gros noyau vésiculeux, peu riche en chromatine et pourvu d'un gros nucléole. On n'y trouve nulle part de figures de karyokinèse.

La forme, les caractères physiques et histochimiques de ces cellules les distinguent absolument des cellules épithéliales ; leurs rapports avec les capillaires dans les mailles desquelles elles sont logées démontrent qu'elles procèdent de l'endothélium vasculaire ou des cellules endothéliales des gaines péri-vasculaires.

Cette tumeur est donc un exemple indiscutable d'endothélium des os à forme alvéolaire.

L'endothéliome des os présente une autre forme histolo-

(1) *Parenchymezellen Embolie* (*Fort. d. Med.*, 1893).
(2) *Beitrage Ziegler*, Bd. III, 1888.
(3) *Puerperateklampsie*, Leipzig, 1893.
(4) *Fort. der Med.*, Bd. XI, 1893.

gique, plus rare, l'endothéliome tubulé dans lequel les formations cellulaires se prolongent sous forme de cordons cellulaires anastomosés autour de capillaires ramifiés qui en constituent en quelque sorte la lumière. Ces tumeurs rentrent dans la catégorie des tumeurs plexiformes.

Enfin, il est des cas où la formation endothéliale paraît indépendante des vaisseaux sanguins et où elle dérive des cellules des fentes lymphatiques du tissu conjonctif : les observations de Lücke, de Driessen, d'Engelmann et de von Lückowicz en sont des exemples.

L'endothéliome des os présente quelques caractères cliniques qui, sans être constants, se rencontrent assez fréquemment réunis ; notre observation en est un des exemples les plus complets. Ce sont des tumeurs à développement rapide ; elles déterminent souvent de bonne heure des fractures spontanées au niveau des points où elles se développent. Elles présentent des pulsations artérielles, une expansion, à l'auscultation du souffle, qui s'observent non seulement dans la tumeur originelle mais dans les tumeurs secondaires ; elles constituent donc une variété des anévrysmes des os. Enfin, elles sont parfois multiples d'emblée (cas de Rustitzki, de Zahn, de Kahler, de Wieland, de Marckwald) : il semble que dans notre cas la tumeur du fémur, qui s'était annoncée dès le début par des douleurs à la cuisse, et celle du frontal, qui apparut aussitôt après l'opération, doivent être considérées comme contemporaines de la tumeur de l'humérus et non comme des récidives.

Les endothéliomes des os sont des tumeurs éminemment malignes ; l'amputation même éloignée du membre ne mettra pas toujours à l'abri de leur récidive ou de leur généralisation.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 décembre. — Présidence de M. Panas.

La correspondance comprend : 1° une lettre de M. le Dr Doleris qui se porte candidat dans la section d'accouchement ; 2° un pli cacheté de MM. Layet, professeur d'hygiène à la faculté de médecine de Bordeaux et Hobbs, professeur agrégé et médecin des hôpitaux de Bordeaux, intitulé étude expérimentale sur le rôle défensif contre la tuberculose d'un agent propre à l'organisme.

Présence normale de l'arsenic dans l'économie — M. A. Gautier. L'arsenic existe à l'état normal dans l'économie, dans la glande thyroïde et dans quelques autres organes. Ce fait déroute toutes les données de la toxicologie. Le thymus, le cerveau et la peau contiennent normalement de l'arsenic. Il y a de l'arsenic toujours dans la glande thyroïde. Les foies de mouton, de veau, de porc, les rates des mêmes animaux, les poumons n'en contiennent pas. Le sang de même donne des résultats absolument négatifs. La glande thyroïde de porc peut donner près de 7 dixièmes de milligramme par kil. de glande. La glande thyroïde humaine, recueillie chez des hommes qui n'avaient pris aucune dose d'arsenic pendant leur maladie, a donné également de l'arsenic. Il existe donc toujours à l'état normal de l'arsenic à dose pondérable chez les animaux carnivores et herbivores.

Depuis longtemps on a signalé de l'arsenic dans les choux, les carottes, les navets, et d'une façon générale dans les légumes qui poussent dans des terrains calcaires.

Il faut donc rechercher aujourd'hui dans chaque organe les éléments qui les constituent à l'état normal et qu'il faut leur restituer en cas de maladie. C'est toute une chimie biologique, une étiologie et une thérapeutique nouvelles pleines de promesses pour l'avenir. A un autre point de vue les toxicologistes auront à tenir grand compte de ces recherches.

M. Brouardel. Le travail de M. Gautier est extrêmement important, mais il ne faudrait pas en conclure que les expertises médico-légales qui ont décelé la présence de l'arsenic dans l'économie étaient erronées. Il en résulte en effet que l'arsenic existe à dose très faible dans le corps thyroïde, le cerveau et la peau et qu'il n'existe dans aucun autre organe. Si donc on trouve de l'arsenic ailleurs, si même on en trouve dans ces organes en quantité plus considérable, c'est que cet arsenic y a été introduit.

M. Gautier. Cet arsenic n'est pas dans la thyroïde en quantité infinitésimale, et on en trouve normalement beaucoup plus que n'en a décélé l'anneau arsenical dans diverses expertises. Dans le procès de Mme Lafarge, Raspail a dit au président qu'il pourrait trouver de l'arsenic jusque dans le bois de son fauteuil, c'était assurément une boutade.

M. Brouardel. Raspail n'a pas dit : « Je pourrais trouver de l'arsenic jusque dans le bois du fauteuil sur lequel vous êtes assis », mais « jusque dans le velours du fauteuil sur lequel vous êtes assis » ; ce velours en effet était vert, et fait avec du vert de Schweinfurt, et il contenait par conséquent beaucoup d'arsenic.

M. Gautier. Le point important de ma communication est celle-ci : l'arsenic existe en quantité normale dans la glande thyroïde, la peau et le cerveau, c'est-à-dire dans les trois organes que frappe le myxœdème.

Prophylaxie de la syphilis par le traitement. — M. Fernet veut présenter quelques observations sur l'ensemble des réformes proposées par M. Fournier.

L'idéal de M. Fournier serait qu'une consultation hospitalière pour la syphilis se rapprochât de ce qu'elle est en ville ; il voudrait que les consultations de l'hôpital Saint-Louis devinssent un service particulier comme dans les hôpitaux généraux. Ce serait assurément là une excellente réforme, et cette réforme pourrait s'appliquer à toutes les consultations.

Les médecins des hôpitaux ne doivent leurs soins qu'aux pauvres et aux indigents. Or, depuis quelques années surtout, bien des gens aisés considèrent les hôpitaux comme un bien commun et envahissent les consultations hospitalières. Il y aurait là des mesures à prendre.

M. Fournier demande la création de trois catégories de médecins de consultation nommés au concours : des chefs de clinique nommés pour trois ans et pris parmi les anciens internes des hôpitaux, des assistants de consultation nommés à un autre concours, pour six ans, et pris parmi les chefs de clinique, enfin des médecins de consultation pris au concours parmi les assistants et nommés jusqu'à l'âge habituel de la retraite. En supposant seulement une douzaine de consultations pour la syphilis dans Paris, cela ferait déjà pour Paris une quarantaine de nouveaux médecins spécialistes pour la syphilis.

Cette création aurait bien des inconvénients et elle ne serait pas indispensable. Comme l'a fait remarquer M. Fournier, on peut étudier la syphilis dans tous les hôpitaux et il serait nuisible pour en répandre la connaissance de la cantonner absolument dans certaines consultations

et dans certains hôpitaux. L'épreuve que veut tenter M. Fournier est dangereuse. Il serait dangereux de cantonner dès le début un jeune médecin dans l'étude de la vénéréologie. Les concours d'autre part, seraient des concours fermés d'où seraient exclus tous ceux qui n'auraient pas passé par la filière obligatoire.

M. Fournier lui-même aurait difficilement produit ses beaux travaux sur la syphilis du système nerveux et sur les maladies para-syphilitiques si on l'avait cantonné, comme il le demande, dès le début.

Pour un grand nombre de maladies aussi bien que pour les malades syphilitiques, il serait dangereux de trop morceller, de trop émietter la science. Dans les hôpitaux on peut s'appliquer de préférence à certaines maladies, sans pour cela négliger les autres maladies que nous avons à soigner.

M. Fernet se rallie donc aux modifications que M. Fournier propose d'apporter aux consultations externes des hôpitaux, et il propose de les apporter à toutes les consultations hospitalières, mais il désire que ces consultations soient exclusivement réservées aux pauvres et aux indigents. D'autre part, il ne croit en rien nécessaire ni désirable la création de nouveaux médecins spécialistes des hôpitaux.

M. Hallopeau revient sur quelques points insuffisamment développés dans sa dernière communication. Les améliorations projetées doivent avoir exclusivement pour objet la prophylaxie des maladies vénériennes : les médecins chargés des consultations où elles sont traitées doivent à ce point de vue s'occuper uniquement des moyens propres à empêcher la propagation en annihilant leurs propriétés contagieuses et en les traitant. Or le nombre des syphilides transmissibles par contagion est restreint; il s'agit seulement des ulcérations primitives et secondaires, ajoutons-y les blennorrhagies et les chancres simples; et le traitement de ces maladies n'est-il pas de pratique courante ? le personnel médical des hôpitaux et des bureaux de bienfaisance (on pourrait y ajouter celui des médecins de Saint-Lazare et du dispensaire municipal) n'offre-t-il pas à cet égard toute garantie ? Suivant nous les consultations qui existent actuellement suffisent amplement pour ce qui est du matin ; tout au plus pourrait-on y adjoindre un assistant et un infirmier plus particulièrement attachés au service des vénériens ; pour ce qui est des consultations du soir, c'est une expérience à tenter, mais ici encore il n'y aurait pas nécessité de faire une place à part aux vénériens.

Ce qu'il importe, ce n'est pas de créer de nouvelles consultations, mais bien de faire venir les malades à celles qui existent actuellement; pourquoi ne le font-ils pas ? parce qu'ils n'en savent pas la nécessité, et nous insistons sur la grande utilité que présenterait l'affichage d'avis imprimé; seulement à la formule que nous avons indiquée mardi dernier et suivant laquelle toute personne atteinte d'une maladie contagieuse est expressément invitée à s'abstenir de tout contact de nature à la propager, il faudrait ajouter : elle doit consulter tout de suite un médecin; des consultations gratuites avec distribution de médicaments ont lieu chaque jour pour les nécessiteux dans tous les hôpitaux, hospices et bureaux de bienfaisance ; c'est avec intention que nous ne parlons que des maladies contagieuses en général, sans en spécifier la nature. Ce que l'on peut appeler la pudeur publique serait ainsi respectée, et néanmoins les intéressés ne s'y tromperaient point si nous ne nous faisons illusion, l'importance de cette mesure prophylactique serait de premier ordre, les malades n'ignoreraient plus qu'il leur est nécessaire de se faire soigner, et ils sauraient également où trouver des médecins et des médicaments.

M. Panas. J'appuie de toutes mes forces les conclusions de notre collègue M. Fournier, au sujet des modifications qu'il propose dans les consultations et dans l'enseignement hospitalier des maladies vénériennes.

Elargissant le débat, je dirai qu'il en est de même de toutes les spécialités et en particulier de l'ophtalmologie, où plus qu'ailleurs le temps du savoir encyclopédique est bien passé.

Créer dans chaque grand hôpital une clinique externe bien organisée, avec distribution de médicaments, où un grand nombre de malades trouvent ce qui leur est nécessaire, y compris une foule d'opérations pouvant être faites ambulatoirement; voilà ce qui s'adresse utilement au plus grand nombre des malheureux dignes de secours. Un petit nombre de lits suffit pour les malades qui doivent être internés et qui, grâce aux progrès réalisés par l'antisepsie y restent peu, pour faire place à d'autres.

C'est ainsi qu'à Moorfields Hospital de Londres, 60 lits, divisés entre trois à quatre chefs de service, suffisent pour les besoins de l'établissement, alors qu'on n'y délivre pas moins de 36.000 consultations par an.

A Paris, rien de pareil, et pour répondre au traitement de 50.000 ophtalmiques qui peuplent en tout temps la capitale, nous ne possédons que trois hôpitaux : l'Hôtel-Dieu, Lariboisière et les Quinze-Vingts. Vous avouerez que c'est peu et que ce n'est pas la manière de diminuer le nombre des invalides par amblyopie et cécité qui deviennent une charge pour les particuliers et l'Etat ; sans compter que les études spéciales en souffrent, ainsi que le prouve le peu de savoir ophtalmologique du corps médical qui avoue ne rien entendre en ce qui touche l'œil, aussi bien en médecine qu'en chirurgie générales. L'administration, enfin émue d'un pareil état de choses, s'est décidée à ouvrir de nouvelles cliniques spéciales et j'espère que, sans plus tarder, cette création humanitaire sera réalisée d'ici peu.

Déjà Bordeaux et Tours nous ont devancés dans cette voie et je veux croire que Paris se fera honneur de ne pas rester trop en arrière de la province.

L'enseignement officiel devra marcher de pair, en exigeant de chaque élève, ainsi que cela se fait partout ailleurs qu'à Paris, trois à six mois de scolarité spéciale et des examens spéciaux.

A côté des ophtalmologues des hôpitaux, une agrégation spéciale est de rigueur. C'est ce que la Faculté de Paris a voté, sur ma proposition et celle de mon collègue, M. Fournier. Espérons que lors du prochain concours d'agrégation générale, celui des chaires spéciales deviendra une réalité.

Le recrutement du personnel est tout trouvé. La sélection se fera tout naturellement par mérite, parmi les anciens internes, les chefs de clinique ou de laboratoire, et tous ceux qui, d'une façon ou d'une autre ont donné la preuve d'une éducation médicale solide ou qui ont produit déjà des travaux remarqués par le corps spécial auquel ils appartiennent.

Un avis favorable de l'Académie de médecine contribuerait grandement à la réalisation des vœux exprimés dans

cette enceinte où la science et les sentiments humanitaires trouvent leur expression la plus pure et se donnent un mutuel appui.

Traitement rationnel de l'épilepsie fonctionnelle. — M. Laborde. Dans la dernière séance, M. Richet nous a dit qu'avec M. Toulouse il faisait cesser les accès chez des épileptiques invétérés, en leur donnant seulement 2 grammes de bromure de sodium par jour, à condition qu'on ait à peu près totalement supprimé le chlorure de sodium de leur alimentation normale. Je tiens à dire qu'à l'heure actuelle il n'est pas besoin, pour le traitement rationnel et efficace de l'épilepsie fonctionnelle, de recourir à une dénutrition minérale et qu'il suffit de remplacer le bromure de potassium ou de sodium par le bromure de strontium.

L'organisme a, en effet, une tolérance remarquable pour ce sel dont l'action physiologique ou thérapeutique est au moins aussi considérable que celle du bromure de potassium, tandis que celui-ci ne peut être supporté longtemps à la dose efficace.

Chez un épileptique qui prenait 14 à 15 grammes de bromure par jour et avait du bromisme, M. Ferré a remplacé d'emblée et brusquement ce sel par les mêmes doses de bromure de strontinm et a vu cesser le bromisme et l'accalmie se maintenir.

Moi-même, dans des cas bien plus graves, je suis arrivé à des résultats excellents en commençant par 4 grammes de bromure de strontium et en augmentant chaque jour d'un gramme sans jamais dépasser 8 à 10 grammes. J'ai cinq cas de ce genre où la guérison se maintient depuis deux ou trois ans.

Sur les applications nouvelles du courant ondulatoire en gynécologie. — M. le Dr G. Apostoli. Le courant ondulatoire, dont les propriétés physiques et physiologiques nous ont été révélées par le professeur d'Arsonval, présente le double avantage de superposer aux effets du courant continu ceux d'un courant variable, qui, comparé au courant faradique, présente une courbe plus régulière, moins brusque, et à forme sinusoïdale.

L'absence de tout renversement et de toute alternance lui permet de surajouter à l'action de l'état oscillatoire, l'action électrolytique d'un courant constant, et lui assure ainsi une place importante dans l'échelle des différents modes électriques appliqués à la médecine.

Expérimenté pour la première fois en 1896, à la clinique du Dr Apostoli, il a été, depuis lors, appliqué à un grand nombre de malades, et au total jusqu'au 1er juillet 1899, pour la gynécologie seulement, **4,232** fois sur **308** malades.

Voici les résultats généraux de son application gynécologique :

1° La caractéristique dominante du courant ondulatoire consiste dans une action *analgésique* plus ou moins rapide qui entraîne la diminution, puis la disparition fréquente des phénomènes douloureux.

Qu'il s'agisse de douleurs *interménstruelles* ou de *dysménorrhée* proprement dite, il agit très puissamment pour atténuer ou faire disparaître l'élément *douleur*, sans toutefois pouvoir supplanter constamment soit la faradisation, soit la statique.

2° Sans action marquée contre la *leucorrhée* d'origine infectieuse, il peut rendre parfois des services contre les troubles circulatoires congestifs voisins de l'état puerpéral et diminuer ainsi quelques écoulements leucorrhéiques récents et souvent rebelles.

3° Sans avoir la possibilité d'exercer en général contre les *hémorrhagies* une action aussi rapidement efficace que celle du courant continu appliqué à haute dose à l'aide d'une électrode non oxydable en platine, il peut toutefois être utilisé avec fruit contre les hémorragies liées à une *métrite congestive* ou à un *arrêt d'involution utérine*.

4° Agissant par un processus analogue et souvent supérieur à celui du massage abdominal, il peut combattre avantageusement certaines *constipations* rebelles et certaines *aménorhées* réfractaires à la galvanocaustique.

5° Sans action trophique directe contre l'évolution des *fibrômes*, il doit céder le pas aux galvanocaustiques dans la cure des néoplasmes bénins, mais il peut faire disparaître certains phénomènes congestifs et douloureux liés à leur évolution.

6° Impuissante pour corriger directement les *ptoses et les vices de situation génitales* il peut cependant, en décongestionnant le bassin et en activant la contractilité musculaire, rendre dans ces cas de réels services symptômatiques.

7° Très puissant contre les *lésions péri-utérines congestives et exsudatives* (non suppurées) par l'association de son action analgésique à ses effets stimulants, il aide à la résorption des exsudats et constitue une de leurs meilleures médications conservatrices.

En résumé, les nombreuses applications du courant ondulatoire faites depuis trois ans à la clinique dn Dr Apostoli lui permettent d'affirmer que ce courant, d'une innocuité absolue et d'une tolérance constante, mérite de prendre rang dans la thérapeutique de la gynécologie conservatrice par l'association de ses deux actions prépondérantes :

Analgésique d'un côté, et *résolutive* ou *décongestionnante* de l'autre.

Si ce courant est moins actif que la galvanocaustique chimique contre le fibrôme en général, contre l'endométrite infectieuse, contre la métrite parenchymateuse, et pour arrêter une hémorragie rebelle, il conserve, d'autre part, une préséance marquée dans le traitement de la subinvolution utérine et toutes les fois qu'il s'agit de résoudre plus ou moins rapidement des phénomènes douloureux ou congestifs.

Au point de vue symptomatique, comme au point de vue anatomique, les applications intra-utérines du courant ondulatoire paraissent plus énergiques et plus résolutives que les applications similaires faites dans le vagin.

Ainsi le courant ondulatoire, qui possède les qualités associées du courant faradique et du courant galvanique, constitue, d'après le Dr Apostoli, une acquisition précieuse pour la thérapeutique gynécologique conservatrice, et, sans vouloir supplanter aucun des autres modes électriques déjà connus, il mérite d'occuper une place de choix en électrothérapie.

Du rôle de l'arthritisme dans la pharyngite granuleuse. — M. le Dr Marage. La pharyngite granuleuse est une affection qui récidive souvent après le traitement. Quelle que soit la méthode que l'on ait employée pour modifier la muqueuse, il arrive que, six mois ou un an après, la toux recommence accompagnée ou non de petits crachats grisâtres, le timbre de la voix se modifie, la muqueuse est conges-

tionnée, des varicosités apparaissent sur la paroi postérieure du pharynx, et parfois les crachats sont sanguinolents.

L'analyse complète de l'urine explique immédiatement ces récidives.

En effet, les malades présentent tous une hyperacidité souvent considérable; si on prend le rapport à la normale représentée par 100, on obtient des nombres qui varient entre 200 et 450.

Les autres éléments sont toujours en diminution, le chlore seul, dans certains cas, est supérieur à la normale et tend à augmenter.

A l'examen histologique, on trouve très souvent de l'oxalate de chaux seul ou avec des cellules épithéliales pavimenteuses et parfois des débris de cylindres épithéliaux rénaux.

J'ai réuni vingt-huit observations de pharyngite granuleuse avec analyse complète de l'urine; toutes les courbes sont semblables entre elles et si on prend la moyenne des ordonnées, on obtient un tracé qui montre clairement les résultats que je viens d'énoncer.

On se trouve donc en présence d'une diathèse par hyperacidité organique, et la pharyngite n'est qu'une manifestation locale d'un état général : l'arthritisme.

La pharyngite se produit parce qu'il y a diminution générale des sécrétions muqueuses par suite de leur acidité qui obture les follicules muqueux, ce qui les empêche de fonctionner.

Il s'ensuit également que la sécrétion gastrique est modifiée; il y a augmentation de l'acide du suc gastrique et, par suite, augmentation de l'appétit; aussi les malades refusent-ils énergiquement de changer leur régime alimentaire, d'autant plus qu'ils digèrent bien et avec plaisir, jusqu'au jour où apparaîtra une dyspepsie, qui sera, comme le tracé permet de la prévoir, hypochlorydrique et catarrhale.

La première indication thérapeutique est de diminuer l'hyperacidité, soit directement, soit par l'hygiène; mais la plupart du temps il est impossible d'obtenir des malades un changement dans leurs habitudes, j'en ai donné plus haut la raison.

Heureusement, la vieille pharmacopée nous fournit un certain nombre de médicaments qui, s'ils sont mal déterminés au point de vue chimique, ont l'immense avantage d'être bien tolérés par l'estomac.

Ce sont les substances qui activent la fonction des reins et les sécrétions des glandes de la peau.

On doit les administrer à dose faible et, autant que possible, sous forme de pastilles, de manière à obtenir un effet local, en même temps qu'une action générale.

On n'a plus alors à craindre les récidives si tenaces de la pharyngite granuleuse, et le traitement local, qui a dû être fait d'abord, conservera toute son efficacité.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

Séance du 1er décembre 1899.

Bronchite membraneuse chronique aspergillaire primitive. — MM. L. Rénon et L. Devillers (de Guise). Il s'agit d'une malade de 39 ans qui exerce une profession bizarre; elle fait des sélections de graines et surtout de grains de blé destinés à être ensemencés dans des terrains peu fertiles. Ce travail se faisait d'abord dans une pièce très humide, où les moisissures germaient sur le plancher et sur les sacs de grains; la malade, changeant de domicile, vint habiter la partie la plus basse d'une ville recouverte souvent par les brouillards.

En 1894, elle fut prise, à diverses reprises, d'un goût de moisi dans la bouche, qui s'est continué par intervalles jusqu'en 1898, où elle expulsait sa première membrane au milieu d'un cortège de symptômes bronchitiques; depuis, l'expulsion de nouvelles membranes se fait presque à chaque époque menstruelle. Ces membranes, de couleur blanchâtre et légèrement verdâtre, ne sont point ramifiées; elles sont uniquement composées de mycélium et de spores, sans autres micro-organismes. Les cultures donnent naissance à l'aspergillus fumigatus virulent, qui provoque la mort des animaux inoculés avec les spores, ces derniers succombant aux lésions ordinaires de l'aspergillose expérimentale.

La contamination par les graines est indiscutable, mais nous pensons qu'il faut aussi tenir grand compte de l'humidité des locaux habités par la malade, et de l'état hygrométrique de l'air, facteurs dont M. Lesage nous a révélé l'importance dans la pathogénie des mycoses.

Le traitement par l'iodure de potassium, l'arsenic, les sulfureux, les inhalations d'iode n'a guère eu de prise jusqu'à présent sur l'affection qui paraît très rebelle.

Ce cas de bronchite membraneuse chronique aspergillaire de l'homme se rapproche beaucoup de ceux décrits par Lucet chez l'oie et la poule faisane; il y est une preuve nouvelle de l'action pathogène primitive de l'aspergillus fumigatus soutenue par l'école française, conception qui vient de recevoir encore un nouvel appui du cas de pseudo-tuberculose aspergillaire décrit récemment chez une diabétique traumatique par Colla, de Turin.

Taches pigmentaires chez une morphinomane. — M. Thibierge présente une malade syphilitique et morphinomane ancienne, sur les cuisses de laquelle existent, particulièrement au niveau du triangle de Scarpa, des taches bleues, symétriques, de 2 à 3 millim. de diamètre, correspondant généralement à des dépressions de la peau et qui paraissent avoir succédé aux injections que se fit cette femme dans les premiers temps de sa morphinomanie, il y a une vingtaine d'années. Ces taches tiennent très probablement à des corps étrangers introduits avec le liquide des injections, que la malade a presque toujours pratiquées dans des conditions toutes spéciales de malpropreté. Il ne s'agit pas de troubles trophiques.

Ce cas est l'analogue de celui présenté à la Société par M Moutard-Martin il y a environ deux ans. M. Thibierge dit n'en pas connaître d'autres.

M. Marie montre une autre malade, morphinomane à 1 gr. 20 actuellement, sur laquelle on voit, en très grand nombre, des taches assez semblables à celles de la malade de M. Thibierge et qui tiennent manifestement aux piqûres.

Adéno-lipomatose systématique. — M. Pagniez présente un malade du service de M. Thibierge, atteint d'adéno-lipomatose systématique à prédominance cervicale. Cet homme est porteur de masses lipomateuses volumineuses siégeant surtout au niveau du cou où elles forment un double collier, au niveau des triangles de Scarpa, de la paroi abdominale antérieure et du thorax. L'examen du sang a mon-

tré le petit nombre des lymphocytes; le malade présente des troubles mentaux qui ont nécessité deux fois son internement. A noter cette particularité qu'il compte dans ses antécédents familiaux trois cas de goître.

J. J.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DU LOUVRE

(1er ET IIe ARRONDISSEMENTS.)

Séance du 20 juin 1899. — Présidence de M. le Dr Suss.

Lecture et adoption du procès-verbal de la dernière séance.

La correspondance comprend des lettres de MM. Gauthier, Carpentier, Dubrisay père, Lataste qui s'excusent de ne pouvoir assister à la séance, et du secrétaire du conseil général des Sociétés d'arrondissements.

Sycosis de la moustache et de la lèvre supérieure, son origine nasale. M. Didsbury (V. *France Médicale*, n° 33, p. 513).

M. Carra regrette que M. Didsbury n'ait point fait un examen bactériologique du muco-pus incriminé. Dans l'état actuel de la science un examen de ce genre est absolument indiqué et peut seul donner des résultats nets et concluants.

Placenta prœvia. — M. Sébillotte. Le placenta que j'ai l'honneur de vous présenter était inséré vicieusement sur le segment inférieur de l'utérus; il m'a paru intéressant et quelques détails de l'observation à laquelle il a donné lieu méritent d'être signalés.

Ce placenta à l'état actuel, durci et resserré par la solution de formol trop concentrée dans laquelle il a été plongé, est oblong, ses dimensions sont de 0 m. 20 sur 0 m. 14; son poids n'a pas été évalué.

Vu par sa face utérine, il présente à l'une de ses extrémités une déchirure intercotylédonnaire, sensiblement parallèle à l'axe longitudinale et mesurant 0 m. 09. Le bord de la déchirure est net d'un côté et laisse une largeur de placenta de 0 m. 10; l'autre bord, plus déchiqueté, large de 0 m. 04, offre un cotylédon presque complètement détaché.

Par sa face fœtale il montre la déchirure observée à la face utérine et à l'extrémité opposée, le cordon dont l'insertion est vélamenteuse, et les membranes très longues, adhérentes au pourtour du placenta sur les deux tiers. Sur le pourtour restant, le placenta est bordé par une courte collerette de membranes. L'amnios, qui recouvrait la face fœtale du placenta, présente un décollement complet, tandis qu'il reste adhérent sur la surface du capuchon membraneux et comme il a été rompu sur un point correspondant à peu près au milieu du placenta, il se trouve, d'un côté, prolonger le bord libre du chorion et de la caduque d'un lambeau d'environ 0 m. 10, tandis que l'autre lambeau détaché et flottant adhère de nouveau au chorion seulement au point d'insertion du cordon. On verra que ce décollement de l'amnios avait eu lieu avant sa rupture et avait été suffisant pour loger la main toute entière entre l'amnios et le placenta.

La propriétaire de ce placenta, Mme So... demeure, rue de Lancry; elle est âgée de 22 ans 1/2; à noter comme antécédents une scarlatine dans sa jeunesse. Réglée à 14 ans, ses époques furent toujours régulières, abondantes et d'une durée de huit jours. Accouchée une 1re fois, aux environs de Paris, le 28 octobre 1897, Mme So... après un travail normal, eut des suites de couches fébriles, un abcès du sein et un point douloureux au niveau des annexes du côté gauche. Les dernières règles ayant eu lieu le 7 août 1898, Mme So... ne présenta pendant sa seconde grossesse rien d'anormal hormis la persistance de la sensibilité du côté de la fosse iliaque gauche.

Le 22 avril dernier, elle fut examinée pour la 1re fois par la sage-femme qui devait l'assister pour ses couches. Celle-ci constata que « l'enfant n'était pas engagé, que le segment inférieur était très mou » et borna là ce premier examen. Le lundi soir 2 mai, vers 8 heures, elle est mandée en toute hâte par sa cliente prise soudainement d'une abondante hémorrhagie. Cette perte était survenue sans raison appréciable, au moment où Mme So..., rentrant chez elle, montait le 1er étage de sa maison, mais elle fut si grande que la malade, arrivée chez elle au 2e étage avec le secours d'autrui, est prise de lipothymie et d'état syncopal. La sage-femme dès son arrivée donne des injections très chaudes, met la tête aussi bas que possible, puisqu'elle soutenait celle-ci sur ses genoux en dehors du lit tandis que les jambes étaient tenues en l'air.

Malgré tout cela, l'état syncopal reste alarmant, l'hémorrhagie ne s'arrête pas et l'on m'envoie chercher à 11 heures du soir. A mon arrivée, une demi-heure plustard, la malade était moins mal, mais, on le conçoit, très pâle et très déprimée.

Le ventre gros se laisse palper avec la plus grande facilité : le fœtus très-mobile se présente au détroit supérieur en O. I. G. A. Les battements fœtaux ne sont pas perçus.

Le vagin débarrassé des caillots qui l'encombraient, l'excavation reste libre. Le col de l'utérus mou est situé très haut, immédiatement derrière la symphise du pubis, il regarde en avant. Son col dilaté comme une pièce de 5 francs laisse toucher sur environ 0,04 centimètres une surface molle, le placenta. Celui-ci était adhérent sur la paroi antérieure du segment inférieur et décollé au contraire au niveau de la paroi postérieure. La plaie utérine, large d'environ 3 centimètres au moins, continuait à saigner. Cependant le décollement du placenta sur la paroi postérieure de l'utérus n'était pas complet, puisqu'au delà de cette zone saignante de 0.03 centimètres, il était à nouveau adhérent.

A ce moment nul travail, une femme très tolérante, le col souple et dilatable; je cherche en portant l'index tout à fait en arrière et en refoulant la lèvre postérieure du col à atteindre le bord du placenta. C'est en vain, mais le placenta se déchirant, j'en achève aussitôt la perforation avec la plus grande facilité dans l'intention de rompre la poche des eaux.

Les membranes fuient sous mon doigt qui rencontre à gauche la tête du fœtus, à droite de celle-ci le cordon, puis un petit membre que plus tard je reconnaitrai pour être la main droite. Cette main, en remuant très faiblement, m'apprend que l'enfant n'a pas succombé. Je n'hésite pas alors à pratiquer l'accouchement forcé. Les doigts de la main droite étant réunis en un cône aussi effilé que possible, soutenant le fond de l'utérus de la main gauche,

j'imprime à la main droite des mouvements de rotation alternatifs de gauche à droite et de droite à gauche, cherchant à la fois la dilatation du col de l'utérus et l'élargissement de la perforation placentaire. Avec une étonnante facilité et une rapidité très grande, je traverse le col et le placenta, ma main se trouve dans une loge formée par le décollement de l'amnios qu'elle refoule sans le rompre. Déchirant les membranes, je trouve la tête, le cordon et la main droite du fœtus dans la position où mon index les avaient trouvés. Le liquide amniotique est très abondant, aussi la tête est-elle refoulée sans difficulté, ainsi que le cordon dont les battements sont à peine perceptibles.

Le pied gauche est abaissé jusqu'à la vulve et maintenu avec un lacs, le pied droit également abaissé à la vulve, l'extraction se fait très simplement et rapidement par la manœuvre de Mauriceau. L'enfant en état d'asphyxie blanche, sans avoir rendu son méconium, peut être examiné. Il pesait 3.725 grammes. Il présentait à la face externe du bras gauche, au niveau de l'insertion deltoïdienne une petite plaie par compression, transversale, linéaire de 0,015 millimètres de long et en ce point l'humérus était fracturé.

Le délivrance faite immédiatement et avec facilité l'utérus a des tendances à l'inertie et le col saigne toujours d'une façon très marquée. Il est fait un tamponnement intra-cervical et vaginal avec de la gaze au salol très serré, une injection hypodermique d'un centimètre cube d'ergotine Yvon et deux injections de caféine de 0 gr. 25 chaque. La malade se ressaisit alors et on la soutient avec des grogs et des boissons réconfortantes. Elle est maintenue la tête basse et les jambes élevées; la sage-femme toute la nuit veille et s'assure que l'utérus est bien rétracté.

Le lendemain matin,le tampon fut retiré à peine taché et non renouvelé. Les suites de couches furent des plus simples ; deux fois seulement la température dépassa la normale, le soir du deuxième jour où elle atteignit 38°4 et le matin du troisième, 37°6. Je pratiquai alors une injection avec une solution de sublimé à 1|4000 additionnée de 100 grammes d'alcool à 90° pour deux litres de solution. Non seulement l'accouchée n'eut pas d'autres suites, mais elle ne se ressent plus du point douloureux qu'elle avait toujours conservé au côté gauche depuis sa première couche.

Quant à l'enfant, son bras gauche fut maintenu dans une petite gouttière en carton capitonnée avec de l'ouate ; au bout de treize jours la consolidation était parfaite. Le quinzième jour, il est parti en nourrice en bon état.

M. Sébillotte a donc pu, malgré une hémorrhagie abondante, sauver la mère et l'enfant, en suivant la conduite généralement indiquée; mais il reconnaît que souvent l'accoucheur doit s'inspirer des nécessités du moment.

Discussion à laquelle prennent part M. Süss et M. Bruchet, M. Sébillotte répond à M. Süss que selon lui les hémorrhagies dues à un placenta prœvia sont toujours à redouter, d'abord à cause de leurs répétitions fréquentes, en outre parce qu'elles rendent le terrain beaucoup plus propice aux infections.

La séance est levée à 10 heures 45.

L'un des secrétaires.
Dr H. Beausse.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 décembre 1899. — Présidence de MM. Monod et Richelot.

De la résection de la hanche dans la coxalgie. — M. Schwartz. Que voyons-nous chez les coxalgiques adultes traités par la conservation ? Des résultats réellement peu favorables. On tâche de tarir les fistules et nous cherchons à obtenir une ankylose à peu près favorable. M. Kirmisson nous a montré l'utilité de cette ankylose. Mais quand nous avons affaire à une luxation pathologique de la hanche, nous voyons des malheureux se traîner péniblement, et ce sont ceux que nous voyons revenir sans cesse avec de nouvelles poussées, et chez eux, si on obtient quelques résultats avec le traitement conservateur, ce n'est jamais qu'un résultat peu favorable.

Chez 3 malades que j'ai eu l'occasion de réséquer, l'un atteint de luxation, se vit enlever 12 centimètres de fémur, n'a plus actuellement que 4 centimètres de raccourcissement et il a pu faire 200 kilomètres à bicyclette dans sa journée. J'ai eu des résultats différents. Un autre est atteint de tuberculose à foyers multiples que j'ai soignés par des injections iodoformées, créosotées, etc., et c'est au bout de seize mois que j'ai fait la résection de la hanche. J'ai trouvé une destruction de la tête et de la cavité colyloïde perforée. J'ai dû intervenir deux fois et pour suivre les fusées fongueuses jusque dans la région obturatrice. Rien n'y fit et j'ai dû encore ce matin faire un nouveau curage fistuleux.

En somme, il est certain que les résections de la hanche appliquées aux cas ultimes, peuvent même dans ces cas donner des résultats très bons, mais le plus souvent les conséquences sont plutôt mauvaises.

M. Delorme. — S'il m'est permis de souhaiter une chose, c'est qu'on veuille bien distinguer les cas d'adultes et les cas d'enfants. Je ne parlerai que des adultes. Depuis 20 ans j'ai traité mes coxalgiques par l'extension,l'immobilisation. J'ai pu obienir comme tout le monde de bons résultats, même quand il y avait des abcès.

J'ai cherché à compenser le raccourcissement déterminé par la résection et j'ai cherché à souder le fémur à l'ischion. Mais je n'ai pas eu le succès désirable et sur deux malades j'ai eu deux morts, dont je fus très impressionné.

D'où je conclus que la résection doit être réservée aux seuls cas où la conservation n'a pas donné de résultats, et où la suppuration expose le malade aux dangers d'infection.

Tétanos. Guérison. — Présentation du malade par M. Potherat.

Agglomérations péri-appendiculaires ileo-cæcales. — Présentation des pièces par M. Doyen.

F. Verchère.

NOUVELLES

L'affaire de l'hôpital Beaujon n'a pas encore reçu de solution. Un juge d'instruction fait une enquête qui n'a pas encore donné des résultats et qui n'en donnera probablement point davantage par la suite. Le ou les auteurs du cambriolage ont grande chance de rester inconnus. Aucune solution n'a encore été prise relativement au concours de

l'internat et cependant il paraît urgent de prendre une solution. Ce qui semble le plus probable, c'est que le concours sera recommencé tout entier, mais ceux qui ont déjà *filé* à la première épreuve ne seraient pas, et cela est fort juste, appelés à concourir de nouveau.

Légion d'honneur. — Le Dr Salimbéni est nommé chevalier de la Légion d'honneur, au titre étranger, pour son dévouement pendant la peste d'Oporto.

Distinctions universitaires. — MM. les Drs Prost, Lomier et Lenoble sont nommés officiers d'Académie.

Mérite agricole. — M. le Dr Binet est nommé chevalier du Mérite agricole.

Distinctions honorifiques. — La médaille des épidémies est décernée à MM. les Drs Lédé, ancien inspecteur général adjoint de l'assainissement et de la salubrité de l'habitation (médaille d'or) ; Loubrieu et Michaux (médaille d'argent).

Une donation d'un million à l'Institut. — M. Osiris, dont les libéralités envers son pays d'adoption, la France, ne se comptent plus, vient encore de faire une libéralité magnifique à l'Institut de France, pour lui permettre de récompenser largement des œuvres utiles à l'humanité. Dans ce but, M. Osiris a fait donation à l'Institut d'un capital représentant actuellement 32,000 francs de rente. Les arrérages accumulés pendant trois années, permettront de décerner un prix triennal de 100.000 francs « à la découverte ou à l'œuvre la plus remarquable qui sera produite au cours de la période de trois ans écoulée, dans la science, dans les lettres, dans les arts, dans l'industrie et, généralement, dans tout ce qui peut servir à l'intérêt public. »

Parmi les découvertes qu'il serait particulièrement heureux de voir récompenser, M. Osiris signale — et ceci nous touche spécialement — celles qui relèvent de la *science chirurgicale et médicale* « et qui apporteraient à l'humanité la guérison ou le soulagement des maux qui sont encore sans remède efficace, ou qui seraient un acheminement vers le moyen de prévenir le mal ou de le guérir ».

L'Institut de France se prononcera tous les trois ans, en assemblée générale, sur l'attribution du prix Osiris. Le donateur, dans une pensée délicate, invite l'Institut à ne pas s'en tenir seulement aux candidats qui se seront présentés mais à les chercher lui-même, le vrai mérite, dit-il, étant généralement modeste. Le prix triennal de 100.000 francs, sauf un cas particulier, ne pourra être décerné qu'à une œuvre dont l'auteur sera de nationalité française. Si l'œuvre est le fruit d'une collaboration indivisible, chacun des auteurs sera appelé à en récolter sa part.

Lorsque l'échéance du prix coïncidera avec une Exposition universelle — mais dans ce cas seulement — le prix deviendra alors international et sera attribué à un lauréat unique, Français ou étranger. Si même l'Exposition doit avoir lieu un ou deux ans après l'échéance du prix, l'attribution pourra en être retardée et le prix, selon qu'on aura attendu un an ou deux, se grossira des arrérages et deviendra un prix de 133.000 fr. ou un prix de 166.000 fr.

M. Ostris fixe le point de départ de la première période de trois ans à l'ouverture de l'Exposition. C'est donc à la fin du premier semestre de l'année 1903 que l'Institut de France aura à décerner, pour la première fois, le prix Osiris de 100.000 francs.

Si par hasard, à l'échéance du prix, l'Institut ne découvrait pas un candidat qui lui parût digne d'être son lauréat, la somme, dont l'affectation de peut être changée, resterait en réserve. Elle pourrait grossir, en tout ou partie, le prix de la période suivante. La totalité ou le surplus des arrérages non employés pourront, soit être conservés pour l'augmentation d'un prix futur, soit être employés en subventions ou en encouragements au profit d'œuvres ayant un objet d'utilité publique. Ces allocations, en tout cas, ne pourront être inférieures à 20.000 francs chacune et porteront également le nom de « prix Osiris ».

Ainsi qu'on le voit, jamais le prix triennal ne pourra être inférieur à 100.000 francs (sauf le cas de réduction des revenus) ; mais il pourra être, soit doublé, soit sensiblement supérieur à 100.000 francs, selon l'appréciation de l'Institut de France et l'emploi qu'il voudra donner des prix non décernés.

Telles sont les dispositions de la nouvelle fondation de M. Osiris. Plus encore, peut-être, que ses libéralités antérieures, celle ci, par son objet, autant que par son chiffre, fait vraiment du donateur un bienfaiteur de l'humanité et lui acquiert de nouveaux titres à la profonde reconnaissance de notre pays. (*Bull. Méd.*)

Nécrologie. — Le Dr Marchal, de Badonviller (Meurthe-et-Moselle). — Le Dr Carlos Valdès, de Luchon, reçu en 1857.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

La Gastrostomie, par le Dr J. Braquehaye, professeur agrégé à la Faculté de Médecine de Bordeaux, chirurgien de l'Hôpital de Tunis. 1 vol. in-16 de 96 pages et figures, cartonné : 1 fr. 50. — Librairie J.-B. Baillière et fils 19, Rue Hautefeuille (près du Boulevard Saint-Germain) à Paris.

Chirurgie de la plèvre et du poumon, par les Drs Féli Terrier, professeur à la Faculté de Médecine de Paris, membre de l'Académie de Médecine, et E. Reymond, ancien interne des hôpitaux de Paris.) 1 vol. in-12 avec 67 fig. dans le texte, cart. à l'anglaise, 4 fr. — Félix Alcan éditeur.)

Tableaux synoptiques d'Anatomie descriptive à l'usage des étudiants et des praticiens, par le Dr Boutigny, ancien interne des hôpitaux, 2 vol. gr. in-8 de 200 pages chacun, cartonné (*Collection Vitleroy*). Librairie J.-B. Baillière et Fils, 19, rue Hautefeuille à Paris, 10 fr. — I : *Os. Articulations. Muscles et aponévroses, Cœur, artères, veines. Vaisseaux et ganglions lymphatiques*, 5 fr. — II : *Organe des sens. Système nerveux. Viscères* 5 fr.

L'organisation actuelle de la surveillance médicale de la prostitution est-elle susceptible d'amélioration? par le Dr Fiaux (de Paris). in-8°, 130 p. Bruxelle, H. Lamertin, 1899.

OBÉSITÉ : Capsules de corps thyroïde Vigier. — *Dose* : 2 à 6 par jour.

CAPSULES DARTOIS 0,05 véritable CRÉOSOTE de HETRE
CATARRHES, PHTISIE, TUBERCULOSE, 3 ou 4 à chaque repas

PASTILLES bi-borate de soude VIGIER, à 0 gr.10 centigr. 5 à 10 pastilles par jour.

Le Gérant : A. Chevallereau.

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame, 52. — *Téléphone*